



**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA**  
**DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE ED AZIENDALI**  
**"M.FANNO"**

**CORSO DI LAUREA TRIENNALE IN ECONOMIA**

**PROVA FINALE**

**"FONDI SANITARI INTEGRATIVI: UNA POSSIBILE RISORSA PER  
IL SECONDO PILASTRO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE?"**

**RELATORE**

**CH.MO PROF. VINCENZO REBBA**

**LAUREANDO: ERIC PAOLI**

**MATRICOLA N. 1160763**

**ANNO ACCADEMICO 2019 – 2020**

# Sommario

<i>Introduzione.....</i>	<i>4</i>
<i>1. Problematiche dei fondi sanitari integrativi .....</i>	<i>7</i>
1.1. Un quadro normativo frammentato .....	7
1.2. Chi rimane escluso dai benefici dei FSI? Chi integra la sanità dei disoccupati? .....	9
1.3. La posizione di imprese e lavoratori .....	10
1.3.1. Fringe benefits e costi opportunità per i lavoratori.....	10
1.3.2. I benefici non indifferenti delle imprese a discapito della giustizia contributiva .....	10
1.4. Le assicurazioni private e i fondi non profit .....	11
1.5. I fondi sanitari integrativi portano all’overconsumption? .....	12
1.6. Possibili effetti espansivi della spesa privata dovuta ai fondi sanitari integrativi .....	13
1.7. Efficienza del sistema attuale e sovrapposizione con i livelli essenziali d’assistenza (LEA) .....	15
1.8. La spesa privata e il problema della rinuncia alle cure .....	17
<i>2. Vantaggi dei fondi sanitari integrativi .....</i>	<i>19</i>
2.1. Equità e accesso ai fondi sanitari integrativi .....	19
2.2. I fondi sanitari integrativi come strumento di emersione e lotta all’evasione fiscale....	19
2.3. Un apporto potenzialmente elevato a fronte di un parco investimento finanziario .....	19
2.4. Contributi medi degli individui piuttosto bassi .....	20
2.5. La non regressività delle deduzioni dei FSI rispetto alla deduzione del 19%. Effetti redistributivi .....	20
2.6. Vantaggi in termini di spesa dello Stato e dei cittadini .....	21
<i>3. Analisi dei benefici fiscali.....</i>	<i>22</i>
3.1. In cosa consistono i benefici fiscali. Detrazioni e deduzioni a imprese e individui .....	22
3.2. La possibile illegittimità di alcuni benefici: gli articoli 3 e 53 della Costituzione .....	23
3.3. Quanto i benefici fiscali influenzano la diffusione dei fondi sanitari integrativi .....	23
3.4. Detrazione del 19% per spese sanitarie, loro regressività e iniquità: necessità di una riforma delle detrazioni .....	24
3.5. Duplicazione dei benefici fiscali? .....	26
3.6. Possibile progressività e effetti redistributivi dei fondi sanitari integrativi .....	26
3.7. Il peso dei benefici fiscali sulle finanze dello Stato .....	27
<i>4. Sostenibilità del sistema: il ruolo del legislatore e le possibili soluzioni .....</i>	<i>27</i>
4.1. Equità ed inclusione al primo posto: l’articolo 32 della Costituzione .....	27
4.2. La spesa pubblica in sanità. Il ruolo del debito pubblico, dell’evasione fiscale .....	28

4.3. Possibile estensione dei fondi sanitari integrativi per individui disoccupati e senza reddito .....	28
4.4. Focus dei FSI sulle prestazioni extra LEA per una copertura globale. Benefici più alti per chi favorisce prestazioni extra Lea .....	29
4.5. Riduzione della spesa per detrazioni per finanziare il sostegno agli individui con redditi bassi .....	30
4.6. Super ticket, concorrenza e incentivazione della spesa privata .....	30
4.7. Possibili soluzioni per Moral Hazard e spesa OOP. Il tetto massimo alle prestazioni..	31
4.8. Gli scenari futuri della sanità italiana .....	32
<i>Conclusioni</i> .....	33
<i>Bibliografia</i> .....	34

## Introduzione

Prima di inoltrarci all'interno dell'intricato mondo dei fondi sanitari integrativi (FSI) è bene rimarcare e chiarire, se ce ne fosse ulteriore bisogno, quali sono i principi alla base del nostro Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Esso nasce nel 1978 con la legge 833 ed è ispirato al "modello Beveridge" che prevede che la sanità sia finanziata dalla fiscalità generale, la quale in Italia si basa sui principi di progressività e capacità contributiva. Emerge quindi subito chiaramente la natura pattizia di un siffatto modello. Infatti, questo sistema prevede sostanzialmente che chi è più abbiente finanzi la spesa sanitaria delle persone che hanno a disposizione meno risorse, chi è più sano sovvenzioni coloro che non sono in salute e infine che gli individui più giovani si facciano carico degli oneri sanitari dei più anziani (Barigozzi, Rebba, 2019). Il modello Beveridge è da considerarsi equo e sostanzialmente giusto, infatti consente che qualsiasi individuo possa permettersi le cure di cui necessita. Tuttavia, questo sistema si è scontrato negli anni, e nel nostro Paese in particolar modo, con una serie di problemi non di poco conto. Il primo è l'allungamento della vita media delle persone che rende il patto tra giovani e anziani più squilibrato a svantaggio dei primi e crea grossi scompensi in termini di sostenibilità. Inoltre, a tutto ciò va ad aggiungersi la contrazione nelle nascite che assieme all'aumento dell'aspettativa di vita fa sì che si verifichi il cosiddetto "invecchiamento della popolazione". Per di più non va dimenticato il problema della mancata crescita economica che soprattutto dopo la grande crisi del 2008 ha interessato l'Europa. Molti autorevoli economisti hanno parlato di "stagolazione secolare", ma mentre in altre nazioni il Pil aumenta ogni anno su ritmi sostenuti, nel nostro Paese la definizione sembra particolarmente azzeccata. Infatti, da circa 10 anni, il nostro prodotto interno lordo è più o meno invariato e in aggiunta stiamo vivendo decenni di avanzo primario e di investimenti pubblici insufficienti per sostenere una spesa legata alla sanità necessariamente crescente, considerando che l'aumento delle malattie croniche è un trend in crescita costante. Tali tematiche tuttavia non sono di recente acquisizione, infatti è da molti anni che il Parlamento e l'opinione pubblica dibattono sulla sostenibilità del SSN. È probabilmente per questi motivi che negli anni è stata creato un "secondo pilastro" a "sostegno" di quello pubblico. Questo rinforzo dato al SSN consiste nella cosiddetta spesa intermediata, in cui rientrano i fondi sanitari integrativi. Ma cosa sono questi ultimi?

Per spiegarlo è bene chiarire che vi sono fondi di due tipi: A (o Doc) e B (o non-Doc). Le normative che li riguardano sono il D.lgs. 502 del 1992 e l'articolo 51 del TUIR (testo unico delle imposte sul reddito), di cui parleremo più avanti. La differenza sostanziale tra Doc e non-Doc riguarda principalmente le prestazioni erogate. I fondi sanitari integrativi sono

tipicamente degli enti, ma anche casse e società di mutuo soccorso e altre associazioni non-profit, a cui i lavoratori si iscrivono, pagando una quota che viene coperta dal datore di lavoro, dall'individuo stesso, oppure da entrambi e in cambio si vedono corrispondere dei rimborsi in percentuali e somme variabili a seconda del tipo di intervento, per le spese sanitarie che sostengono. Quest'ultime possono riguardare prestazioni aggiuntive e complementari al SSN e che tipicamente vengono coperte dai fondi di tipo A, mentre i secondi (tipo B) si occupano, tranne che per una quota vincolata per legge di cui parleremo dopo, di servizi sostitutivi o rientranti nei LEA, cioè già offerti e coperti dal SSN.

Va detto che la sanità integrativa non si limita a quest'unica distinzione, infatti oltre alle figure già citate vi è anche la presenza di polizze assicurative individuali. Tuttavia, in questo documento ci occuperemo dei FSI e in particolare dei fondi non-Doc, in quanto, come scopriremo tra poco, essi rappresentano la stragrande maggioranza del fenomeno sia in termini di iscritti che di prestazioni intermedie. In particolare, verranno analizzati i loro svantaggi e i vantaggi. Inoltre, verrà posto un focus sui benefici fiscali riguardanti l'intera disciplina e infine saranno analizzate e dibattute alcune possibili scelte da parte del legislatore per sfruttare al meglio lo strumento del secondo pilastro e per favorire la sostenibilità del sistema sanitario nazionale.

È bene inoltre chiarire che, per i termini utilizzati, riguardanti le prestazioni facenti oppure no parte dei LEA, verrà seguita la distinzione effettuata da Piperno (Piperno 2017) (Figura 0.2).

Essa prevede la seguente ripartizione:

- Assicurazione privata “sostitutiva” (“duplicativa” per l’OECD): quella che garantisce servizi e prestazioni private tali da potersi sostituire all’assicurazione pubblica (senza comportare possibilità di uscita o di mancata contribuzione al settore pubblico);
- Assicurazione privata “aggiuntiva” (“complementare” per l’OECD): quella che assicura i gap di copertura dell’assicurazione pubblica (ad esempio, i ticket e le camere a pagamento);
- Assicurazione privata “complementare”: quella che riguarda prestazioni non contemplate o non entrate nella copertura pubblica (ad esempio, quelle escluse dai Lea), oppure uscite da queste e che sono invece previste ed operative nel contesto privato.

Figura 0.1 Confronto tra Fondi A e B (Marenzi, Rizzi, Zanette, 2019)

	TIPO A	TIPO B
Deduzione fino ad un tetto di 3615,20€	✓	✓
Selezione del rischio	✗	✗
Esclusivamente prestazioni extra-LEA	✓	✗
Numero di fondi (dati 2017)	9	313
Numero di iscritti (dati 2017)	80000	5milioni
Fondamento normativo	Dlgs. 502 1992	Art. 51 TUIR

Entreremo ora nel merito delle problematiche legate ai FSI. In particolare, come annunciato, l'attenzione ricadrà principalmente sui fondi B o non-Doc, poiché già nel 2017 (si veda la tabella) il loro numero di iscritti (5 milioni) era 60 volte maggiore rispetto ai fondi A (80000). Attualmente sappiamo che circa un quinto della popolazione italiana è iscritta a forme di sanità integrativa, per un totale leggermente superiore a 13 milioni di persone.

Figura 0.2 Distinzioni terminologiche

Piperno	OECD
<b>Sostitutiva</b> garantisce servizi e prestazioni private tali da potersi sostituire all'assicurazione pubblica	<b>Duplicativa</b> riguarda la copertura di servizi e prestazioni inclusi tra quelli presenti nella copertura pubblica
<b>Aggiuntiva</b> assicura i gap di copertura dell'assicurazione pubblica (ad esempio, i ticket e le camere a pagamento)	<b>Complementare</b> svolge un ruolo di affiancamento e completamento della copertura pubblica
<b>Complementare</b> riguarda prestazioni non contemplate o non entrate nella copertura pubblica	<b>Supplementare</b> copre servizi aggiuntivi non coperti dall'assicurazione pubblica

## **1. Problematiche dei fondi sanitari integrativi**

### **1.1. Un quadro normativo frammentato**

La disciplina normativa che riguarda i FSI è certamente troppo complessa, se consideriamo la sua portata e importanza attuali. Stiamo parlando di sei leggi, o atti equiparati, e di tre regolamenti governativi che ordinano il fenomeno (Figura 1.1). Decisamente si tratta di un qualcosa di eccessivo, se si considera che il secondo pilastro dovrebbe essere, o almeno lo era nelle intenzioni, l'equilibratore delle finanze pubbliche nell'ambito della sanità. Tuttavia, ad oggi, la spesa sanitaria intermediata rappresenta ancora una piccola minoranza, compressa tra quella pubblica e quella out of pocket (OOP). Detto ciò, delle norme poco organiche e non del tutto chiare, difficilmente possono essere efficaci. Innanzitutto, è bene comprendere quale sia stata l'evoluzione normativa che ha riguardato i FSI, questo al fine di capire al meglio quali sono gli aspetti che non hanno funzionato e che nemmeno tuttora sono risolti.

La stessa legge 833 del 1978 già prevedeva la possibilità di una mutualità privata e quindi di forme di sanità integrativa. Si è arrivati poi al decreto legislativo 502 del 1992 che di fatto fa nascere il secondo pilastro nel nostro Paese. Non va inoltre dimenticato l'articolo 51 del TUIR, che descrive la possibilità di dedurre i contributi a fondi B. Nel 1999, poi, il decreto legislativo 229 (o decreto Bindi) introduce la distinzione tra fondi Doc e non-Doc, chiarendo che i fondi sanitari integrativi sono quelli che offrono prestazioni complementari e aggiuntive rispetto ai LEA. Tuttavia è con i decreti ministeriali Turco e Sacconi che si arriva alla situazione normativa attuale. Infatti, ai fondi non-Doc viene imposto di erogare almeno il 20% delle loro prestazioni totali, in termini di risorse complessive, in ambito odontoiatrico e/o socio-sanitario al fine di avere diritto alle deduzioni e di essere equiparati ai fondi Doc. Il restante 80% invece non è vincolato e può riguardare quindi anche servizi extra-LEA. Inoltre, con questi regolamenti ministeriali viene istituita l'anagrafe dei FSI (ai sensi di quanto previsto dal Dlgs 502 del 1992), i quali sono tenuti a comunicare annualmente la seguente documentazione: atto costitutivo; regolamento; nomenclatore delle prestazioni garantite; bilancio preventivo e consuntivo; modelli di adesione relativi al singolo iscritto ed eventualmente al nucleo familiare.

Figura 1.1 Evoluzione normativa dei FSI



L'anagrafe serve quindi a controllare che i fondi non-Doc rispettino la soglia vincolata del 20%.

Quello che emerge solo elencando le disposizioni in materia è la complessità. Al contrario un tema come quello del secondo pilastro e della sanità integrativa dovrebbe rappresentare tutt'altro. Infatti, necessiterebbe di immediatezza e comprensibilità. Il decreto Turco, per esempio, si presenta come un testo di poche facciate di cui una intera rappresentata dal richiamo normativo ad altre disposizioni. Un altro fatto degno di menzione riguarda il rango delle fonti stesse. I decreti appena citati hanno la veste giuridica di regolamenti ministeriali (o dell'esecutivo), perciò stiamo parlando di norme di livello subordinato alla legge. Si sta quindi demandando la regolamentazione di una materia potenzialmente decisiva a fonti secondarie, che sono sì legittimate da norme primarie, ma che di fatto potrebbero essere facilmente modificabili o addirittura aggirabili. Senza considerare che non si sono compiute delle vere e proprie abrogazioni espresse, il che ha reso l'intera disciplina piuttosto spezzettata e di non immediata comprensibilità. Questo significa che per conoscere le regole riguardanti i FSI bisogna consultare almeno 9 atti normativi che spesso non sono nemmeno scritti in modo chiaro. Inoltre, non appare ben delineata la direzione che il policy-maker volesse intraprendere. Infatti, viene tracciata una distinzione netta tra fondi A e B, ma poi quest'ultimi vengono sostanzialmente costretti ad omologarsi parzialmente ai primi, ovvero ad offrire maggiori servizi che non rientrino nei LEA. La sensazione è che il legislatore preferisse la

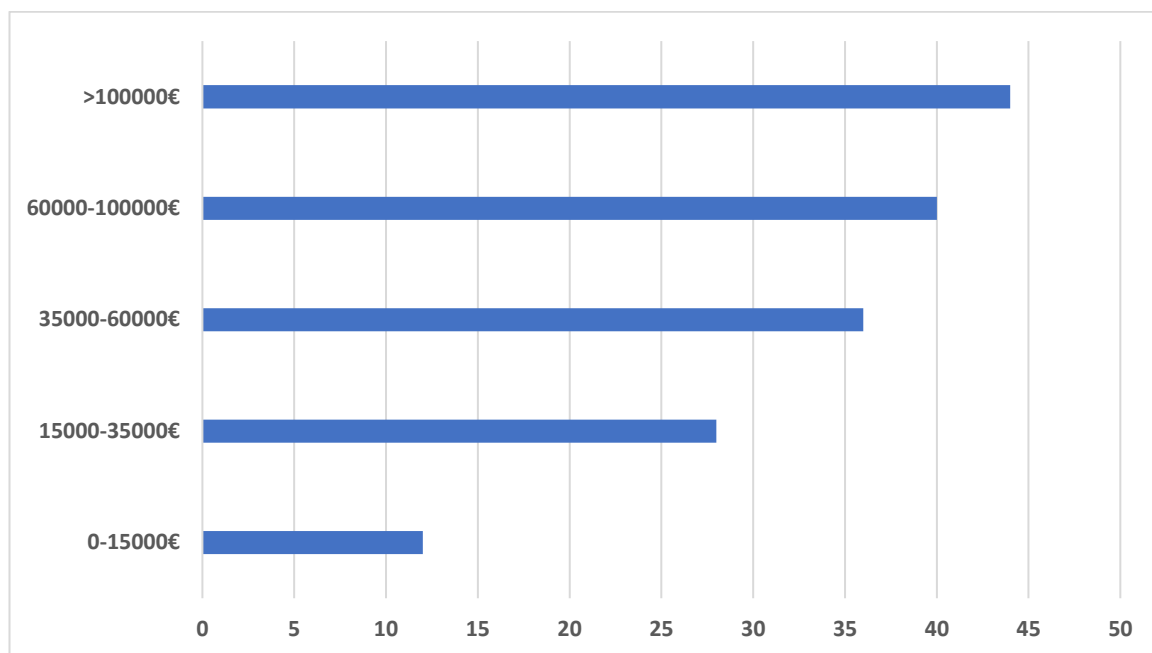


copertura delle prestazioni non erogate dal SSN, ma non volesse in qualche modo minare lo status quo e sconvolgere la realtà dei fondi non-Doc. Un altro importante problema, che verrà trattato nel capitolo tre, riguarda la diversità di trattamento tra alcune categorie reddituali. Infatti, le deduzioni, legate ai fondi non-Doc, non sono previste per i lavoratori autonomi, mentre sono garantite per quelli dipendenti. A tal proposito la norma sembra essere lungi dall'aderire a quei principi di uguaglianza e ragionevolezza che caratterizzano il nostro ordinamento. Pertanto, sarebbe sicuramente necessario rivedere l'intera disciplina e renderla organica, magari attraverso la creazione di una legge in forma di testo unico che raggruppi le norme precedenti e ne abroghi le disposizioni, in modo da ridurre la complessità interpretativa.

## **1.2. Chi rimane escluso dai benefici dei FSI? Chi integra la sanità dei disoccupati?**

Una delle prime domande a cui è indispensabile rispondere è la seguente: chi usufruisce dei fondi sanitari integrativi? Attualmente nel nostro Paese, come anticipato in precedenza, circa un quinto della popolazione tra lavoratori e familiari, è iscritta a FSI, per un totale di 13,3 milioni di persone (RBM-Censis 2019). Nonostante questa cifra sia piuttosto elevata in termini assoluti, va detto che molti individui restano esclusi. In particolare, le persone che non posseggono un lavoro o che hanno un contratto che non prevede forme di copertura sanitaria integrativa. Infatti, spesso i lavoratori stagionali sono estromessi dall'accesso ai FSI in quanto quest'ultimi sono fruibili solo per dipendenti con contratti aventi un certo numero di giornate lavorative (solitamente più di un trimestre). Perciò questo significa che non di rado chi ha un reddito più basso non può "permettersi" un fondo sanitario integrativo. Un dato molto indicativo in merito è quello che riguarda la diffusione del fenomeno per fasce di reddito, il quale ci dice che, per coloro che percepiscono tra i 0 e i 15000 €, la media di iscritti è di un cittadino su dieci, mentre tra i 15000 e i 35000 € il numero triplica quasi. Inoltre, in termini di elasticità del contributo rispetto al reddito, un aumento di quest'ultimo del 10% comporta un incremento del contributo medio del 16,19% nei fondi B (Marenzi, Rizzi, Zanette 2019). Questo ci fa capire come vi siano delle inuguaglianze già nella fase di accesso ai fondi stessi e che soprattutto gli individui più abbienti possano beneficiare dello strumento.

Figura 1.2 Assicurati ogni 100 cittadini per fascia di reddito (RBM Censis 2018)



### 1.3. La posizione di imprese e lavoratori

Un aspetto fondamentale quando si parla di fondi sanitari integrativi riguarda la posizione di imprese e lavoratori e i costi opportunità che vengono ingenerati dalle loro scelte.

#### 1.3.1. Fringe benefits e costi opportunità per i lavoratori

Spesso i lavoratori non possono scegliere di accedere ai fondi sanitari integrativi, poiché questi sono già previsti nel loro contratto. Ma a cosa si rinuncia implicitamente per questo? Nella maggior parte dei casi i FSI non rappresentano altro che fringe benefits che vengono corrisposti in luogo di aumenti contrattuali o salariali. Per tanto il personale dipendente si vede “costretto a rinunciare” al pay rise per avere in cambio un servizio che potrebbe non utilizzare e che tante volte duplica o sostituisce l’assistenza già offerta gratuitamente (o mediante sistema di copayment) dal SSN. Inoltre, va considerato che le ripercussioni negative sono importanti anche sul TFR dei lavoratori (Dirindin 2019).

#### 1.3.2. I benefici non indifferenti delle imprese a discapito della giustizia contributiva

Le imprese godono di benefici importanti, identificabili in sgravi fiscali non indifferenti. Infatti, le aliquote contributive a carico dell’azienda si aggirano

attorno al 24%, mentre il contributo di solidarietà legato ai fondi sanitari integrativi è del 10%. Questo spiega perché la diffusione dei FSI sia stata così massiccia e rapida. Infatti nel nostro Paese il cuneo fiscale elevato non è visto di buon occhio dagli imprenditori, che cercano di cogliere le occasioni che si presentano loro per cercare un “risparmio” (seppur marginale) in tal senso. Tuttavia, sarebbe più corretto valutare l’efficacia degli interventi di policy nel lungo periodo, mentre accade spesso oggi che vi sia una short o “very short-run” orientation che vede i contributi pensionistici solo come una spesa e non come una possibile opportunità di benessere. Nonostante questa digressione, che sembra comunque doverosa, è sicuramente necessario considerare l’aspetto della pressione fiscale e del tax wedge per le imprese. Tali considerazioni ci portano inevitabilmente ad entrare nel campo dell’equità. È corretto che un maggior salario e una conseguente contribuzione pensionistica più alta possano essere barattati con l’assistenza sanitaria integrativa? Probabilmente no. Andrebbero per tanto riviste le modalità di accesso e anche la platea dei beneficiari. Discuteremo dell’argomento nei prossimi capitoli.

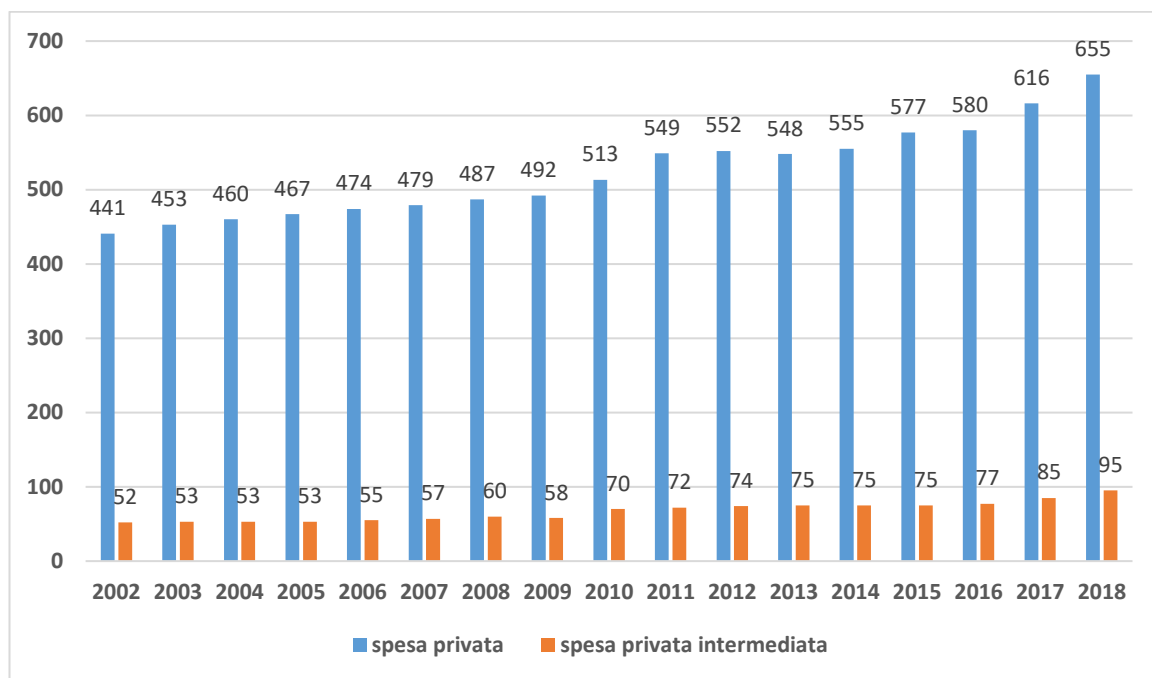
#### **1.4. Le assicurazioni private e i fondi non profit**

Un altro tema da chiarire è quello del legame tra fondi non profit che gestiscono i FSI e le compagnie assicurative private. Nel nostro ordinamento la disciplina è stata decisamente esplicita. Infatti, i fondi sanitari integrativi nascono come enti con un chiaro intento assistenziale: è lo stesso decreto legislativo 502 del 1992 a chiarirlo. Pertanto, non dovremmo riscontrare finalità di profitto nelle casse, nelle associazioni e nelle altre persone giuridiche che si occupano di integrazione sanitaria. Nonostante ciò, succede spesso che alle spalle di tali entità operino assicurazioni private. Nasce perciò spontaneo chiedersi quale sia il nesso e se non vi siano effettivamente legami poco chiari e derogatori della normativa. In realtà gli organismi non-profit che si occupano di FSI spesso sottoscrivono polizze assicurative al fine di garantire i propri assistiti e l’effettiva erogazione dei rimborsi per prestazioni sanitarie. Detto ciò, sembrerebbe che il legame tra assicurazioni e fondi sia legittimo e coerente con quanto prospettato dal policy maker e comunque mancano delle prove solide per dimostrare il contrario. L’unico sospetto sorge nel caso in cui fondi sanitari integrativi di proprietà di compagnie assicurative si assicurino proprio con quest’ultime, aumentandone i ricavi.

### **1.5. I fondi sanitari integrativi portano all'overconsumption?**

Sappiamo bene come la copertura assicurativa porti spesso a fenomeni di consumo eccessivo. Questo accade in tutti i sistemi sanitari che adottano i modelli universalistici (Buchanan) e che devono necessariamente intervenire mediante meccanismi di copayment o cost-sharing. Sappiamo inoltre come anche le coperture parziali possano portare a livelli di consumo superiori a quelli ottimali. Va considerato che stiamo parlando di servizi che spesso replicano quanto già fornito dal SSN. Pertanto, anche questo fatto concorre alla duplicazione di risorse e ad un possibile ulteriore overconsumption. Un primo aspetto che deve far pensare riguarda l'induzione al consumo di prestazioni sanitarie da parte dei fondi sanitari integrativi. Mediamente rimborsi sono del 66% (RBM-Censis 2019) per tutte le prestazioni sanitarie. Questo può far sì che alcuni servizi garantiti dal SSN entrino in conflitto con i loro "alias privati". Infatti, i tempi di attesa e le lunghe waiting list per gli appuntamenti stessi si aggiungono alle spese per il ticket. Tutto ciò rappresenta un costo opportunità per gli utenti che si orienteranno con buona certezza verso servizi di natura privatistica. E questo è confermato dal trend della spesa sanitaria privata, in costante aumento nel nostro Paese negli ultimi anni. Va quindi considerato l'effetto sostitutivo ulteriore ingenerato da tali dinamiche. Infatti, le strutture pubbliche permangono anche con una riduzione di fruitori e in aggiunta se ne vengono a creare di private. Questo è un importante tema da considerare in quanto non sappiamo con certezza quanto costi al sistema e alla società, ma appare chiaro come abbia impatti imponenti sugli orizzonti futuri della sanità e la corretta allocazione delle risorse. Perciò il legislatore si trova oggi ad un bivio che richiede coraggio nell'essere affrontato. Da una parte c'è una realtà privata, in parte legata ai FSI, consolidata e in crescita, mentre dall'altra il SSN che è altrettanto consolidato e rappresenta il pilastro principale della nostra sanità. La tendenza che si è rinsaldata negli anni è stata quella di una spesa pubblica in sanità stagnante, mentre quella privata è in una fase di crescita significativa.

Figura 1.3 Spesa sanitaria privata e intermediata pro-capite in euro (Istat 2019)

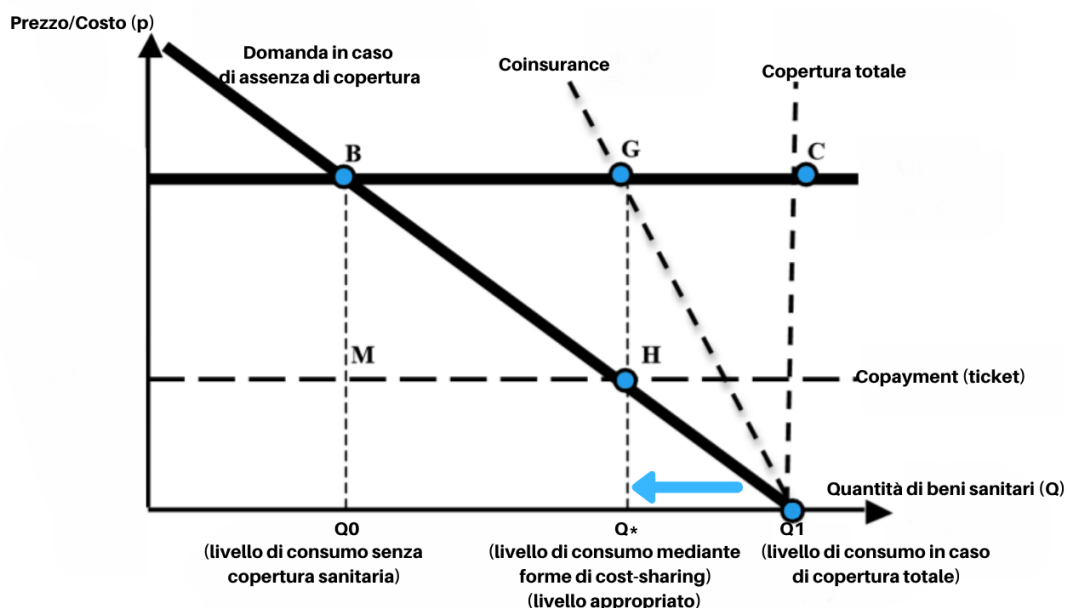


#### 1.6. Possibili effetti espansivi della spesa privata dovuta ai fondi sanitari integrativi

Resta da chiarire se la spesa privata cresca di per sé o se i FSI rappresentino una delle cause di tale incremento. I dati della Ragioneria Generale dello Stato e della Corte dei Conti ci dicono che il trend della spesa sanitaria privata è destinato a crescere ulteriormente nel futuro prossimo. L'aumento è stimato in circa il 67% entro il 2025.

Quindi, dati alla mano, sembra questo fenomeno sia strutturale e non possa essere in alcun modo contingente o contestuale a particolari situazioni. Tuttavia, sappiamo anche che la pura spesa OOP tende a produrre meno overconsumption rispetto all'erogazione di prestazioni con copertura parziale o totale (Piperno, 2017). Perciò ci si può chiedere che ruolo abbiano e avrebbero i FSI nell'aumentare o ridurre il consumo eccessivo. Come abbiamo già spiegato nel paragrafo precedente, il fatto che il rimborso sia particolarmente alto mette in diretta concorrenza le prestazioni pubbliche con quelle private.

Figura 1.4 Overconsumption e Moral Hazard - Caso di studio Health Economics - Unipd

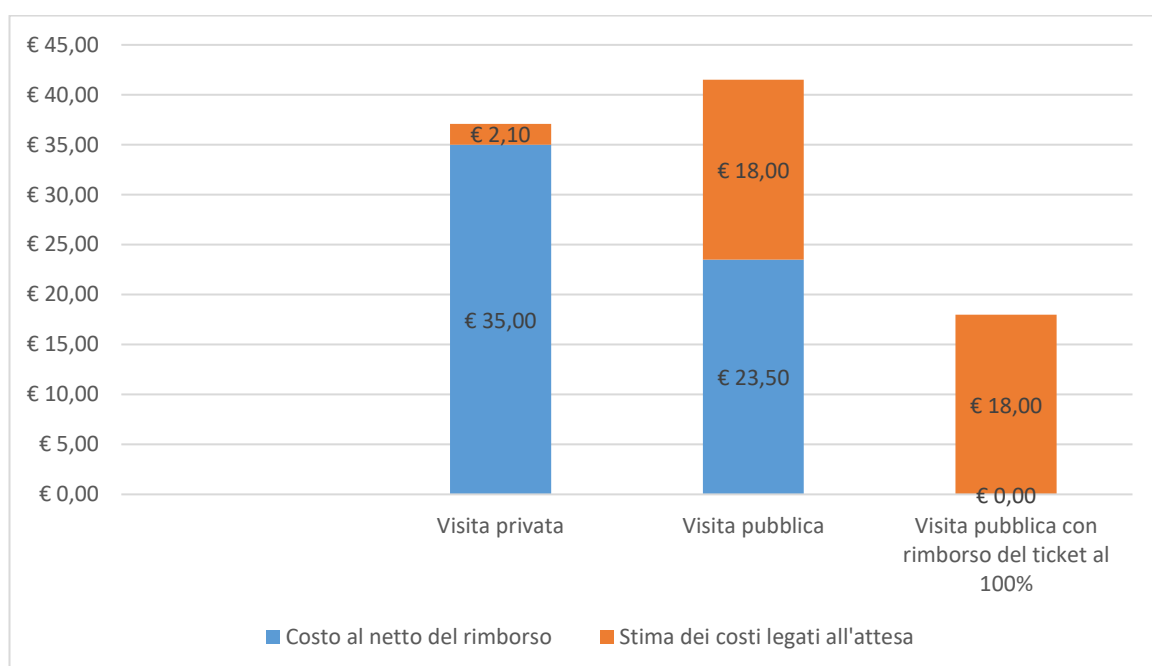


**Più alto è il livello di copertura sanitaria, più l'individuo è portato a consumare. Perciò è importante considerare l'effetto che i fondi sanitari integrativi hanno sul consumo eccessivo, anche in considerazione della loro funzione di rimborso del ticket stesso**

Cercheremo ora di spiegarci meglio tramite il ricorso ad un esempio. Poniamo il caso che ci si voglia sottoporre ad una visita oculistica e che si debba versare un ticket di 23,50 € per questa prestazione e che vi sia un tempo di attesa di due mesi che intercorre tra impegnativa del medico e visita effettuata. In questo caso un cittadino con un contratto che prevede un fondo sanitario integrativo che dà diritto ad un rimborso del 65%, potrebbe rivolgersi ad un istituto privato e pagare 100 € OOP per la sua visita. In questo caso non dovrebbe aspettare che una settimana e si vedrebbe restituire entro un mese 65€. Quindi, calcoli alla mano, nel primo caso vi è un costo di 23,5 € per la prestazione a cui va aggiunto quello difficilmente calcolabile del tempo di attesa. Mentre nel secondo abbiamo un costo di 100€ e un rimborso di 65 per un saldo negativo di 35 €, tuttavia l'individuo non sostiene costi di attesa o ne sopporta molti meno. Per rappresentare e quantificare il tempo che l'individuo deve aspettare dovremmo tenere in considerazione la preoccupazione, lo stress e la riduzione percentuale delle performance lavorative e sociali probabilmente. Una misura precisa non esiste ad oggi, ma se optassimo per un costo di 30 centesimi di euro al giorno, certamente una stima prudenziale, i risultati sarebbero incredibili. Infatti, andrebbero considerati oneri ulteriori per 18 € nel caso della visita pubblica e

per soli 2,1€ nel caso privato. Questo porterebbe il costo finale a 41,5€ nel primo caso e 37€ nel secondo.

*Figura 1.5 Esempio visita oculistica*



Questa esemplificazione, che in realtà descrive situazioni che accadono molto spesso, ci fa capire come in alcuni casi convenga orientarsi verso le prestazioni private.

Spesso inoltre i tempi di attesa sono molto più lunghi, anche se va detto che il dato varia da Regione a Regione. Infatti, in Veneto abbiamo un tempo di attesa medio per una visita oculistica di 58,8 giorni, mentre in Lazio di 86,2 (CREA 2019). Un altro aspetto importante che non riguarda propriamente la spesa privata, ma rientra appieno nel problema dell'overconsumption, è quello del rimborso parziale del ticket (in alcuni casi è al 100%, vedi fondo Faschim). Molti FSI prevedono tale possibilità e tutto ciò porta inevitabilmente a ridurre l'impatto che questo sistema di copayment ha sul consumo eccessivo. Perciò è ragionevole pensare che simili risarcimenti incoraggino gli individui a ricorrere maggiormente a prestazioni sanitarie. Sembrano quindi apparire problemi non solo di equità, ma anche di efficienza ed efficacia del sistema stesso.

### 1.7. Efficienza del sistema attuale e sovrapposizione con i livelli essenziali d'assistenza (LEA)

Attualmente il nostro Sistema Sanitario Nazionale può essere descritto come ibrido, in quanto convivono al suo interno tre pilastri: quello pubblico, quello integrativo e

quello privato. Come già detto, negli anni sono emerse molte problematiche che spaziano dall'efficienza, passano per la rinuncia alle cure e arrivano fino ad equità e uguaglianza. In questo capitolo proveremo a capire quali sono le criticità dei fondi sanitari integrativi in termini di efficienza e di sovrapposizione con i LEA. Onde fugare ogni dubbio, è bene precisare che con il termine efficienza si andrà ad indicare la massimizzazione dell'outcome dato l'input o la minimizzazione del secondo, dato il primo. Quindi il focus riguarda il livello di cost-effectiveness del sistema. Tuttavia, vanno considerati non solo gli effetti per l'individuo che riceve la prestazione o il rimborso, ma anche l'impatto sulla sanità pubblica, sulla spesa, nonché gli effetti complessivi sul lungo periodo. Pertanto, l'analisi in questione risulta parecchio complessa da portare avanti. Tuttavia, dal momento che avere servizi sia pubblici che privati che svolgono la stessa funzione e si sovrappongono, non rientra sicuramente nella definizione di efficienza appena fornita, è interessante iniziare con l'analizzare quale sia il livello di sostituzione/duplicazione dei servizi. Secondo il 4° Rapporto sulla sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale, il 28% dei premi versati, per quanto riguarda la spesa intermediata (in cui rientrano FSI e polizze), viene destinato a prestazioni rientranti nei LEA, mentre addirittura il 40% non si traduce in servizi. Questo è dovuto in particolare, come dimostrato da alcuni studi, agli alti livelli di intermediazione richiesti che generano costi amministrativi ingenti (Himmelstein, Jun, Busse, Chevreul, Geissler, Jeurissen 2014).

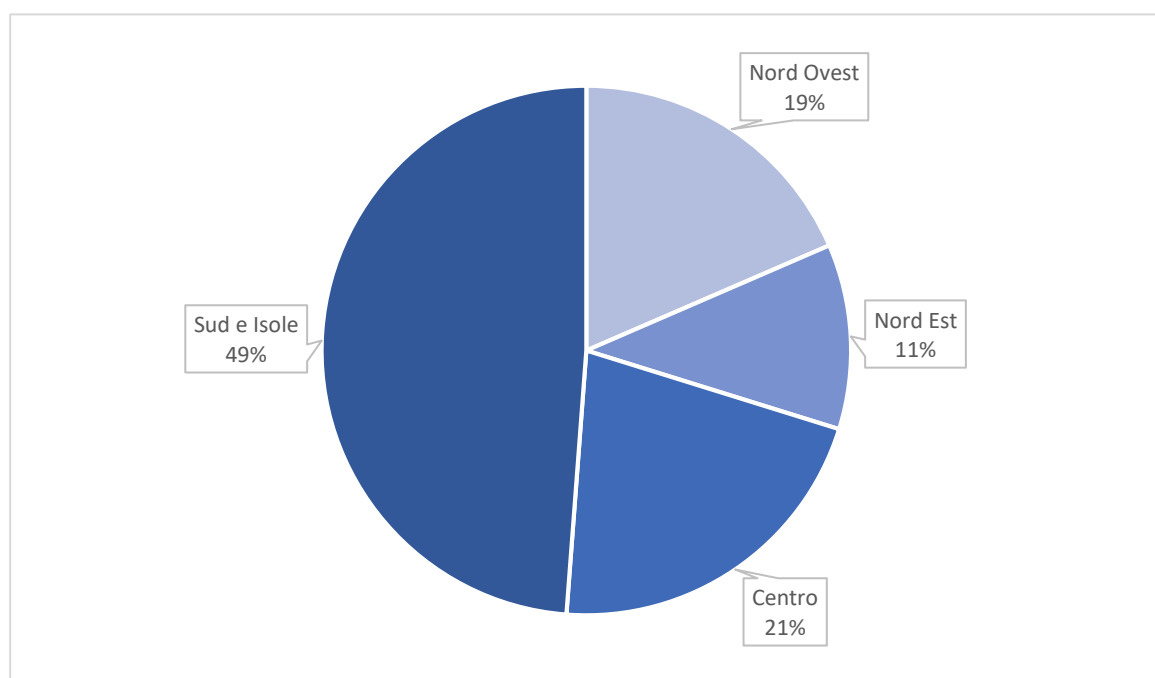
Sostanzialmente quindi sembra difficile poter parlare di efficienza per i FSI, in quanto aggregando la domanda di prestazioni sanitarie essi sono costretti a dover intrattenere rapporti con un numero elevato di player e questo ingenera una crescita dell'attività amministrativa e dei costi relativi ad essa. Pertanto, dato il livello degli input, gli outcome non sembrano essere all'altezza. Ne deriva che il livello e la qualità della sanità pubblica ne risentano, infatti potenzialmente con le stesse risorse si potrebbero offrire molti più servizi. Inoltre, la spesa degli utenti è in gran parte effettuata per poi non vedersi corrisposta alcuna prestazione, non considerando inoltre la probabile induzione all'overconsumption descritta in precedenza. Per di più nel lungo periodo tale situazione potrebbe creare notevoli squilibri in termini di eguaglianza, infatti abbiamo dimostrato come attualmente accedano con maggiore frequenza ai FSI le fasce di reddito più alte. In conclusione, questi tendono ad offrire prevalentemente prestazioni sostitutive dei LEA e sono caratterizzati da una spesa con value for money nullo o basso per il 54% (Gimbe 2019).



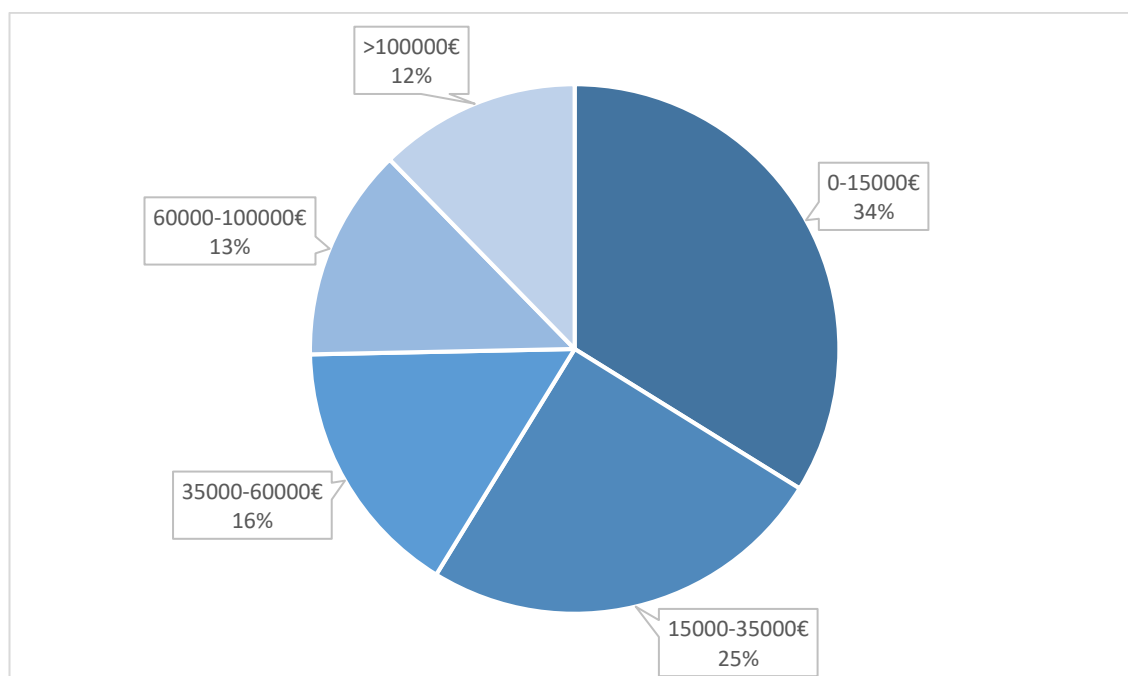
### **1.8. La spesa privata e il problema della rinuncia alle cure**

Il totale della spesa privata si aggira oggi attorno ai 40 miliardi di euro in Italia. Come abbiamo detto la sua crescita sembra essere strutturale. Dati Ocse ci dicono che essa sia passata dal 2,57% del 2007 al 3,30 % del 2019 per quanto riguarda l'incidenza sul reddito pro-capite (RBM-Censis 2019). Si tratta pertanto di un fenomeno importante che va analizzato nelle sue cause. La mancanza di investimenti pubblici e la riduzione nella quota di spesa totale dedicata dallo Stato alla sanità sono da ricercare come l'origine di un aumento così importante e significativo. Infatti, mentre fino al 2008 la quota di spesa pubblica ivi destinata cresceva a ritmi sostenuti, negli ultimi 10 anni si è sostanzialmente arrestata. Le previsioni future non sono confortanti, in quanto nella stima contenuta nel Documento di Economia e Finanza (DEF) per il periodo 2019-2022 la spesa in sanità si attesta tra il 6,60 e il 6,40 % del Pil, cifre sicuramente non sufficienti a coprire il fabbisogno della popolazione. Di conseguenza i cittadini tendono ad orientarsi a soluzioni alternative. Attenzione però, perché non tutti possono permetterselo. Il 90% circa delle persone con redditi inferiori a 15000 € non ha accesso ai fondi sanitari integrativi e circa il 34% opta per la rinuncia alle cure (RBM-Censis 2019). Questi numeri sono allarmanti, non tanto per quanto siano cospicui, ma in quanto riguardino soprattutto le fasce più povere della popolazione, in particolare in zone economicamente disagiate, nonostante il fenomeno abbia comunque una portata nazionale. Sorprende inoltre che il 52% delle persone che vi rinunciano diano come motivazione il fatto che la qualità delle cure sia insufficiente. Questo pesa molto soprattutto in aree in cui la sanità non è efficiente, le quali spesso coincidono anche con zone a basso reddito, una combinazione che spinge sul pedale dell'acceleratore della disuguaglianza. I fondi sanitari integrativi che contributo danno in merito? La risposta corretta è “nessuno” o comunque troppo poco. Infatti, tale fenomeno sembra non risolvibile servendosi solo ed esclusivamente del secondo pilastro, bensì potenziando il primo in particolare per quanto riguarda l'aspetto della prevenzione, che peraltro è oggetto di rinuncia nel 4,5% dei casi e di rinvio nell'11,1%. I FSI, non essendo ad appannaggio dei meno abbienti, che di conseguenza sono coloro che più frequentemente rinunciano alle cure, possono attualmente fare ben poco in merito e questo costituisce senz'altro uno dei loro svantaggi principali. È assolutamente curioso e anche un po' spiacevole pensare e sperare che la recente emergenza legata al Covid-19 possa rappresentare l'inizio di un periodo di cospicui investimenti pubblici in sanità.

*Figura 1.6 Rinuncia alle cure per territorio (RBM-Censis 2019)*



*Figura 1.7 Rinuncia alle cure per reddito (RBM-Censis 2019)*



## **2. Vantaggi dei fondi sanitari integrativi**

### **2.1. Equità e accesso ai fondi sanitari integrativi**

Nonostante esistano delle problematiche legate ai FSI, non dobbiamo dimenticarci che essi presentano anche dei vantaggi. Sebbene l'accesso non sia equo in termini di fasce di reddito, lo è per quanto riguarda altri aspetti. Infatti, la sanità integrativa è gestita da fondi non profit che non attuano la selezione del rischio, inoltre la copertura è garantita anche agli individui che abbiano patologie pregresse. Salvo alcuni casi, infine, non sono previsti limiti di età, quindi anche gli anziani che sono notoriamente le persone più esposte a problemi di salute, possono iscriversi.

### **2.2. I fondi sanitari integrativi come strumento di emersione e lotta all'evasione fiscale**

Un importante punto a favore dei FSI riguarda l'emersione e il contrasto all'evasione fiscale. Infatti, essendo i rimborsi di prestazioni sanitarie molto elevati in termini percentuali, viene a crearsi concorrenza tra costo in nero e spesa con fattura. Di fatto in molti casi la quota rimborsuale è molto superiore all'aliquota dell'IVA e questo fa sì che i cittadini preferiscano farsi erogare il servizio con annessa ricevuta/fattura. La stima fatta nell'ultimo rapporto "Curiamo la corruzione", di Transparency International Italia, per quanto concerne l'evasione fiscale ci dice che essa si attesta attorno al 23% dell'intera spesa sanitaria privata, questo significa che di fatto l'ammontare di spesa OOP potrebbe essere più elevato di 6-8 miliardi di euro, rispetto ai dati ufficiali.

### **2.3. Un apporto potenzialmente elevato a fronte di un parco investimento finanziario**

È indubbio che i fondi sanitari integrativi potrebbero sicuramente essere impiegati in maniera efficiente e rendere molto più rispetto al livello attuale. Inoltre, è anche vero che il loro utilizzo non sarebbe cost-free, tuttavia nemmeno oneroso come si potrebbe essere portati a pensare. Come abbiamo visto in precedenza, le proiezioni che riguardano il futuro della spesa sanitaria dicono che ci sarà bisogno di esborsi tra i 20 e i 30 miliardi di euro entro il 2025 per sopperire al fabbisogno di sanità dei cittadini. Questo significa che di qui a cinque anni la spesa pro-capite totale per cittadino dovrà subire un'impennata notevole. Il rischio è che questo aumento sia assorbito per la maggior parte dai pagamenti diretti dei cittadini. Tutto ciò è

plausibile, in quanto i dati del DEF ci dicono che non solo la quota di Pil destinata alla sanità non aumenterà, ma addirittura si contrarrà. Quindi salvo una crescita economica sostenuta, sarà difficile assistere ad un aumento degli investimenti pubblici in sanità. Anche se forse l'emergenza sanitaria legata al Covid19 potrebbe produrre qualche effetto positivo in tal senso. Tuttavia, se il trend della spesa sanitaria pubblica si confermasse in linea con le attese, i cittadini potrebbero doversi vedere costretti a pagare di tasca propria circa 400 euro in più rispetto ad oggi (dati RGS, Corte dei Conti). Invece un ricorso più massiccio alla sanità integrativa, per esempio passando dall'attuale livello di intermediazione ad uno pari al 47%, consentirebbe di lasciare invariata la spesa OOP degli individui (RBM-Censis 2019). Il tutto con costi contenuti per lo Stato, pari alla defiscalizzazione, ai benefici fiscali concessi ai fondi sanitari integrativi e ai costi opportunità legati all'utilizzo di tali importi.

#### **2.4. Contributi medi degli individui piuttosto bassi**

I contributi corrisposti dagli iscritti ai fondi sanitari integrativi sono abbondantemente inferiori alla soglia di 3615,20 € posta in essere dal legislatore. Infatti la spesa media pro-capite degli iscritti si aggira oggi attorno ai 453€ (RBM-Censis 2019), anche se il dato varia a seconda del tipo di fondo. In ogni caso rimane molto basso ed è pari a meno del 12,5% della soglia massima di deducibilità indicata dalla norma. Perciò a fronte di un costo abbastanza ridotto, i cittadini possono vedersi corrispondere rimborsi assai elevati, la cui media pro-capite è pari a 434€.

#### **2.5. La non regressività delle deduzioni dei FSI rispetto alla detrazione del 19%.**

##### **Effetti redistributivi**

Nel capitolo riguardante l'analisi dei benefici fiscali ci soffermeremo maggiormente sulla regressività delle detrazioni sanitarie, tuttavia è bene introdurre ora l'argomento che necessariamente si lega anche ai vantaggi fiscali riconosciuti ai fondi sanitari integrativi. Nel nostro Paese esiste un regime di detraibilità del 19% per le spese sanitarie che eccedono la soglia dei 129,11€. Perciò in fase di dichiarazione dei redditi ci si può far rimborsare il 19% degli oneri sostenuti meno la franchigia di 129,11€. Quindi se un cittadino ha dedicato 500 euro alla spesa sanitaria, si vedrà corrispondere una cifra pari a 70,46€ (pari a  $0,19[500-129,11]$ ). Tale meccanismo risulta statisticamente più utilizzato dalle fasce di reddito più alte che hanno anche una capienza IRPEF più elevata. I fondi sanitari integrativi invece si dimostrano

molto meno regressivi. I FSI infatti concedono rimborsi molto più elevati per ogni fascia di reddito. Nonostante ciò Marenzi, Rizzi e Zanette stimano i benefici fiscali di lavoratori e imprese legati ai fondi sanitari integrativi rispettivamente in 814 e 407 milioni per il 2016 e di questi solo una quota inferiore al 5% è in capo agli individui con un reddito inferiore a 15000 euro. Tuttavia, è importante notare come le detrazioni medie per la medesima fascia reddituale si aggirano attorno ai 3€. Per quanto riguarda invece il livello di entrate tra i 15000 e i 35000 la detrazione media si attesta su 7€ circa. In questo senso i FSI riescono ampiamente a fare meglio, in quanto i rimborsi medi anche per le fasce di reddito più basse sono superiori ai dati relativi alle detrazioni per spese sanitarie, basti pensare al Fondo Est che si occupa principalmente di lavoratori dipendenti, impiegati e operatori turistici e prevede un rimborso medio ben superiore ai 100€ pro-capite.

## **2.6. Vantaggi in termini di spesa dello Stato e dei cittadini**

Come analizzato nel paragrafo 2.3, i trend sul futuro della sanità ci dicono che vi sarà un imponente aumento in termini di fabbisogno di spesa sanitaria per i cittadini. L'utilizzo dell'intermediazione e quindi dei FSI rappresenterebbe, dal punto di vista finanziario, un sollievo per le finanze del settore pubblico. Infatti, le proiezioni e le previsioni della Ragioneria Generale dello Stato ci dicono che la crescita della sanità intermediata potrebbe portare ad abbattere la spesa OOP. Un aumento dell'investimento pubblico pari ad un miliardo di euro in FSI avrebbe effetti, sempre secondo RGS, quantificabili in una riduzione di spesa OOP di 20 miliardi da qui al 2025 che significherebbe mantenere gli esborsi di tasca propria dei cittadini sostanzialmente invariati. Naturalmente si sta parlando di dati che non tenevano conto di eventi come la pandemia di Covid19.

### 3. Analisi dei benefici fiscali

#### 3.1. In cosa consistono i benefici fiscali. Detrazioni e deduzioni a imprese e individui

Come abbiamo detto, imprese e individui giovano di benefici fiscali. In realtà le prime traggono sicuramente più vantaggio dalla situazione tributaria attuale, in quanto, come già accennato, esse si vedono ridurre considerevolmente gli oneri pensionistici. Infatti, quando si parla di fondi sanitari integrativi, i costi marginali che le aziende devono sostenere consistono in un contributo di solidarietà del 10%. Se consideriamo che l'aliquota media degli oneri previdenziali a carico del datore di lavoro è circa del 24%, capiamo come questi ultimi si avvantaggino particolarmente in termini fiscali grazie alle normative vigenti. Un discorso a parte invece va fatto per deduzioni e detrazioni. Solitamente la quota di deduzione per spese ascrivibili ai FSI, previsti da contratti, regolamenti aziendali o accordi, per quanto riguarda i lavoratori dipendenti, è pari a 3615,20 €. Infatti queste spese a carico del lavoratore o del datore di lavoro non concorrono a formare reddito (art. 51 TUIR). Cosa significa tutto ciò? Potremmo spiegare il concetto dicendo che banalmente la base imponibile viene diminuita dalle deduzioni e che quindi le tasse sul reddito vengono calcolate scorporando gli oneri legati a contributi a fondi sanitari integrativi. Per quanto riguarda le detrazioni invece, esse riguardano le spese mediche sostenute dall'individuo per un importo pari al 19% oltre la franchigia di 129,11 come detto in precedenza. Inoltre, va precisato che questa situazione coinvolge anche coloro che aderiscono volontariamente ai fondi sanitari integrativi, come per esempio alcuni pensionati o i liberi professionisti, anche per le spese già rimborsate dal fondo. Quindi si ha una duplicazione di rimborsi che non sembra molto efficiente (Dirindin 2019). È importante sottolineare che in questo caso, l'ammontare versato come contributo ai FSI rientri nel computo del calcolo del reddito.

La situazione si complica quando si parla di detrazioni in caso di fondi sanitari integrativi contrattuali e basati su regolamenti aziendali. Se la soglia di deduzione non viene superata, le spese detraibili sono quelle non rimborsate dai FSI. Se invece vengono superati i 3615,20€ di contributo, la quota detraibile, anche di quanto già rimborsato, è quella che eccede la soglia oltre la franchigia di 129,11€. Al fine di chiarire la situazione, è conveniente ricorrere ad un esempio. Supponiamo che un lavoratore versi un contributo di 4615,20€ al suo fondo sanitario e che spenda 6000€ in oneri sanitari, di cui 4000€ rimborsati. In questo caso si eccede la soglia di ben 1000€. Perciò avremmo una deduzione di 3615,20€. I 1000€ di eccedenza

concorreranno invece a formare reddito imponibile. Le spese sanitarie sostenute dal lavoratore saranno detraibili per un importo pari alla percentuale dell'eccedenza sulla soglia (in questo caso 1000/3615,20 corrispondente al 27% circa). Perciò potranno essere portati in detrazione 1080€ (pari a  $0,27 \cdot 4000$ ) e oltre a questi anche i 2000€ non rimborsati.

### **3.2. La possibile illegittimità di alcuni benefici: gli articoli 3 e 53 della Costituzione**

Come spiegato nel paragrafo precedente e in richiamo a quanto descritto nel capitolo 1 (primo paragrafo), spesso i lavoratori autonomi o i professionisti ricorrono spontaneamente ai fondi sanitari integrativi, in quanto, non essendo dipendenti da terzi, non sono ivi inseriti automaticamente in virtù di contratti o regolamenti. Questo determina tuttavia una disparità di trattamento tra lavoratori autonomi che possono portare le spese legate ai FSI in detrazione e quelli dipendenti che invece possono dedurre dal reddito tali contributi. Il fatto sembra ledere alcuni importanti principi costituzionali, in particolare l'articolo 3. La sentenza della Corte Costituzionale numero 371 del 2003, molto simile per contenuti, in quanto basata sulla dicotomia tra autonomi e dipendenti, ci fa capire come sia delicata la situazione. In questo caso non sembrano esserci ragioni per una distinzione basata sul mero tipo di rapporto lavorativo, cioè non pare ragionevole pensare che piccole partite IVA e professionisti di quartiere con fatturati molto bassi non possano accedere allo stesso trattamento dei lavoratori dipendenti. Sembrano inoltre non essere rispettati anche i principi di progressività e capacità contributiva ispirati all'articolo 53 della nostra Costituzione. Poiché infatti, la distinzione creata dalla norma non pare essere basata sulle grandezze reddituali degli individui, bensì sulla natura della loro attività lavorativa. Vengono in sostanza escluse tutte quelle persone che non rientrano negli strumenti di tutela della contrattazione collettiva e dei regolamenti aziendali.

### **3.3. Quanto i benefici fiscali influenzano la diffusione dei fondi sanitari integrativi**

Certamente i benefici fiscali non sono da sottovalutare per quanto riguarda la diffusione dei fondi sanitari integrativi. Questo è emerso anche nell'audizione del 19 febbraio del 2019 per l'indagine sui FSI in Commissione Affari Sociali. Con tutta probabilità la diffusione dei fondi (non-Doc) non sarebbe stata così poderosa, se non fossero esistiti i benefici economici annessi. “La leva fiscale è assolutamente determinante in questo caso soprattutto se si pensa di favorire una diffusione delle forme di sanità integrativa”, queste sono le parole di Marco Vecchietti,

amministratore delegato di RBM assicurazioni, società che svolge attività nel campo dell'insurance anche nei confronti di molti fondi sanitari integrativi, durante l'audizione all'interno della commissione parlamentare creata ad hoc per valutare il secondo pilastro italiano. Appare quindi chiaro che i benefici fiscali determinino l'esistenza e la diffusione delle forme integrative della sanità. Questo può essere condiviso senza troppi dubbi dal momento che le imprese possono offrire fringe benefits (e pagare contributi di solidarietà a fiscalità agevolata) in luogo di aumenti salariali e contrattuali con oneri previdenziali ad aliquote elevate.

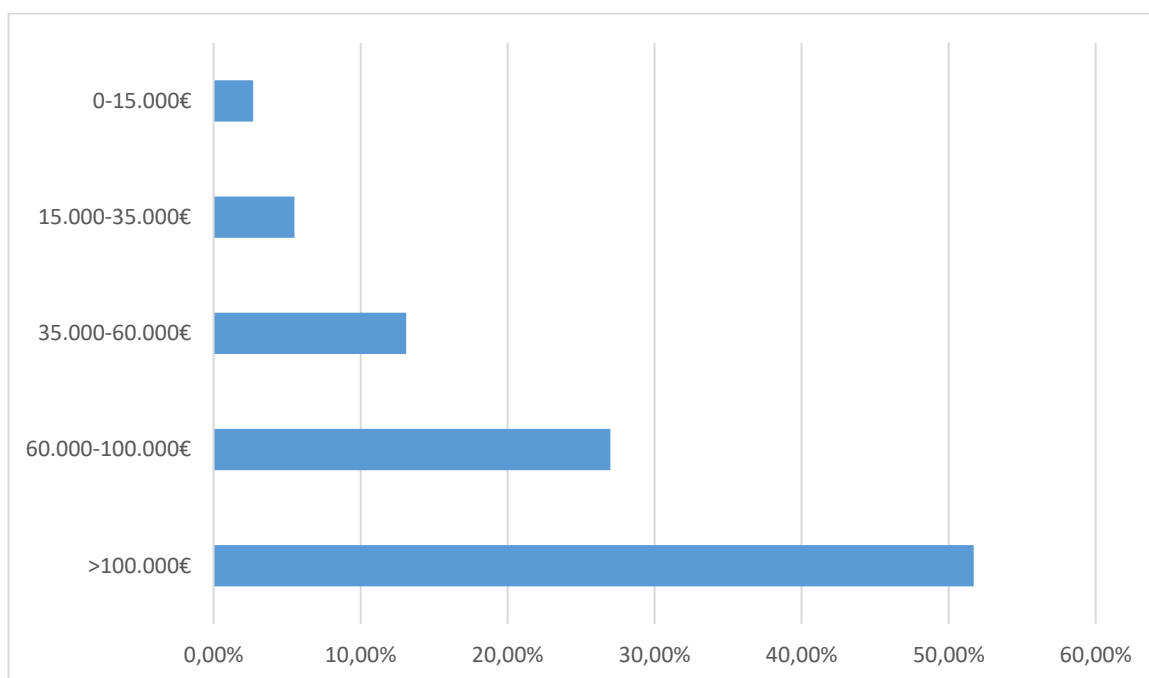
#### **3.4. Detrazione del 19% per spese sanitarie, loro regressività e iniquità: necessità di una riforma delle detrazioni**

Abbiamo spiegato in precedenza come funzionino le detrazioni al 19% delle spese sanitarie. Tuttavia resta da chiarire chi tragga utilità da tali agevolazioni e chi ne rimanga invece escluso o quasi. Nel nostro Paese solitamente questo tipo di benefici fiscali vanno a vantaggio delle fasce di reddito più alte, le quali godono di capienze Irpef maggiori, e anche in questo caso non ci sono eccezioni. Infatti le detrazioni per spese sanitarie sono per più del 50% in capo agli individui che percepiscono più di 100000€ annui, per il 27% alla fascia tra i 60000 e i 100000€, mentre il restante 23% è ad appannaggio dei redditi compresi tra i zero e i 60000€, con dati preoccupanti nella fascia più povera (2,70%) e in quella tra i 15000 e i 35000€ (5,5%) (figura 3.1 RBM-Censis 2018). Ne consegue che anche a livello territoriale la quota di detrazioni sia più alta al nord, rispetto che nelle altre aree del nostro Paese. Tutto ciò risulta essere iniquo e peraltro regressivo, visto che favorisce i ceti più abbienti. È di circa 3,5 miliardi di euro la spesa per detrazioni sanitarie che grava sulle finanze dello Stato. Nonostante questo valore non sia così elevato, se paragonato ad altre missioni e programmi di spesa, non va sottovalutato. Infatti tale importo potrebbe essere utilizzato in modo più efficiente, garantendo più servizi sanitari soprattutto per quegli individui che non vi hanno accesso. Avrebbe pertanto senso pensare di riallocare parte di tale ammontare al fine di migliorare il SSN con investimenti in innovazione ed inclusione. Ma di questo parleremo ancora nel capitolo 4. Non va infine dimenticato che il livello di detrazione del 19% risulta scarsamente efficace

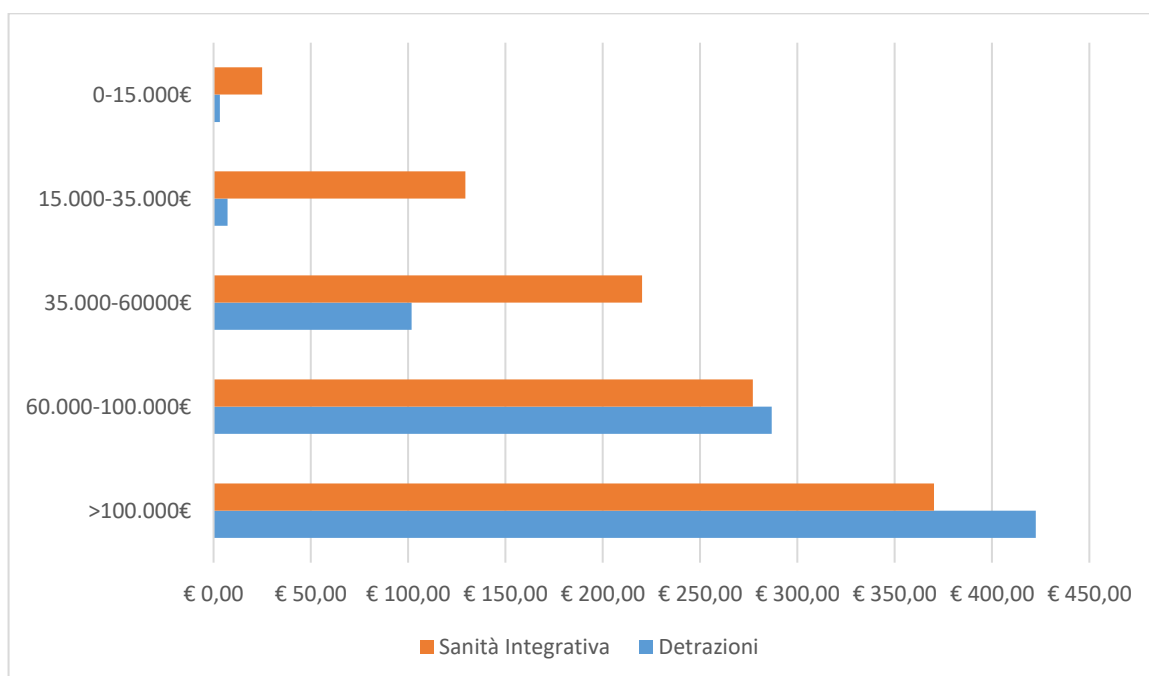


alla lotta all'evasione fiscale, non entrando di fatto in competizione con l'aliquota IVA, che essendo più alta, "spinge" alla formazione di sommerso.

*Figura 3.1 Distribuzione delle detrazioni per fasce di reddito (RBM-Censis 2018)*



*Figura 3.2 Ammontare pro-capite medio di detrazioni e sanità integrativa per fasce di reddito (RBM-Censis 2018)*



### **3.5. Duplicazione dei benefici fiscali?**

Abbiamo visto come le detrazioni fiscali per spese sanitarie siano sostanzialmente inique. Un altro aspetto da sottolineare è quello della duplicazione dei benefici. Nel paragrafo 3.1 ci siamo soffermati in parte sulla questione. Accade infatti che alcuni individui beneficino contemporaneamente sia di deduzioni che di detrazioni per spese sanitarie, inoltre si può verificare anche la situazione per la quale si ha diritto ad una detrazione anche essendo già stati rimborsati dai fondi sanitari integrativi (Dirindin 2019). Tutto ciò suona un po' strano, infatti converrebbe forse ripensare i benefici fiscali e cercare piuttosto di sottrarvi qualche risorsa per potenziare il welfare del primo pilastro. Non si capisce infatti il motivo di portare in detrazione le spese eccedenti la soglia dei 3615,20€ e in aggiunta la quota non rimborsata dai FSI. Fortunatamente nella maggior parte dei casi i contributi non superano tale livello, tuttavia non va trascurato il fatto che vengano comunque detratte le spese non rimborsate. Questo ragionamento si riaggancia con quanto detto nel primo capitolo in termini di scarsa organicità e coerenza delle normative in materia, sembra infatti quantomeno ambiguo fissare un tetto di deducibilità per poi comunque prevedere la possibilità di detrarre le eccedenze. Anche perché comunque in quest'ottica si avvantaggiano certamente i ceti più abbienti, che spesso non avrebbero nemmeno bisogno di agevolazioni fiscali.

### **3.6. Possibile progressività e effetti redistributivi dei fondi sanitari integrativi.**

Nonostante il sistema di deduzioni e detrazioni abbia degli aspetti che potrebbero essere migliorati, non va dimenticato che se utilizzato in una certa maniera lo strumento del secondo pilastro potrebbe presentare dei vantaggi, soprattutto nei confronti delle detrazioni al 19%. Infatti queste ultime risulterebbero essere ancora più regressive del sistema di fondi sanitari integrativi, che nonostante sia più diffuso nei ceti medio alti, comunque garantisce rimborsi nell'ordine medio del 66% pro-capite. Questo pare non accadere per le detrazioni che tra i 0 e i 35000€ di reddito concedono una media di pochi euro a testa in termini di rimborso in fase di 730 (dichiarazione dei redditi). Sempre fonti di RBM-Censis 2018 (figura 3.2) ci dicono che nella fascia più povera il rimborso medio sia di 3,26€ e in quella immediatamente superiore di 7,14€ contro rispettivamente i 24€ e i 130€ dei fondi sanitari integrativi. Per quanto riguarda i redditi oltre i 100000€ si parla invece di una detrazione pari a più di 700€ pro-capite contro i circa 400€ dei FSI. Visto quanto appena descritto, possiamo affermare che fondi sanitari integrativi e detrazione del

19% non rappresentino soluzioni eque e progressive. Infatti l'importo medio versato tende a crescere con l'aumentare del reddito anche per quanto riguarda la sanità integrativa (Marenzi, Rizzi, Zanette 2019).

### **3.7. Il peso dei benefici fiscali sulle finanze dello Stato**

Una domanda importante e che dovrebbe interessare tutti i cittadini, soprattutto alla luce di quanto evidenziato negli scorsi capitoli, è quanto spenda lo Stato italiano per sostenere tali benefici fiscali. Il totale dei contributi dedotti, secondo un'indagine conoscitiva svolta dalla Camera dei Deputati nel 2019, a circa 2 miliardi di euro per l'anno fiscale 2017. Il mancato gettito per le finanze pubbliche di circa 1,25 miliardi di euro va a finanziare il 65% dell'importo (Marenzi, Rizzi, Zanette 2019). Pertanto è possibile affermare non solo che le agevolazioni fiscali influenzino la diffusione dei fondi sanitari integrativi, ma anche che esse siano consistenti in termini di spesa, a maggior ragione se sommate agli oneri pubblici riguardanti le detrazioni sanitarie del 19%.

## **4. Sostenibilità del sistema: il ruolo del legislatore e le possibili soluzioni**

### **4.1. Equità ed inclusione al primo posto: l'articolo 32 della Costituzione**

Nel corso del primo capitolo abbiamo sottolineato come i fondi sanitari integrativi non rappresentino uno strumento capace di garantire equità ed inclusione. La salute deve, secondo l'articolo 32 della Costituzione italiana, essere tutelata dalla Repubblica. Va inoltre ricordato che l'articolo 3 della nostra fonte normativa fondamentale prevede l'uguaglianza sia formale che sostanziale e cioè che gli individui siano trattati allo stesso modo dalla legge e in modo sostanzialmente diverso qualora i cosiddetti "punti di partenza" siano squilibrati a sfavore di talune persone. Pertanto non bisogna mai dimenticare su quali pilastri si fondino il nostro SSN e l'ordinamento italiano stesso.

Nel caso specifico dei FSI ci troviamo di fronte ad un probabile trattamento sfavorevole per le classi meno abbienti che nel 90% dei casi ne sono escluse. È quindi cruciale capire che quando si parla di sostenibilità del sistema sanitario, non si intende solo quella finanziaria e di quella economica legata alla cost-effectiveness (Rebba 2014), bensì anche della salute dei cittadini e della garanzia di un'erogazione

dei servizi equa e rispettosa dei capisaldi costituzionali.

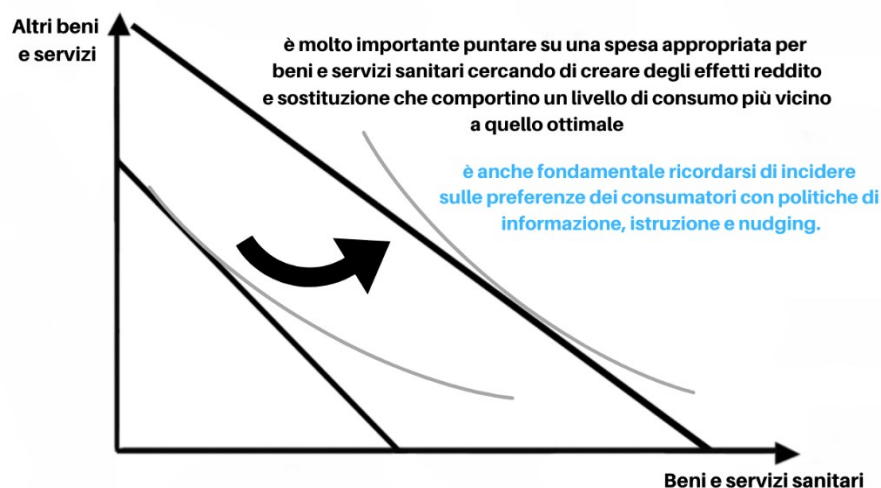
#### **4.2. La spesa pubblica in sanità. Il ruolo del debito pubblico e dell'evasione fiscale.**

Se si parla di sostenibilità, è bene chiarirsi le idee e comprendere e quantificare i livelli di spesa pubblica che riguardano la nostra sanità. Attualmente gli oneri a carico dello stato, per quanto riguardala salute, si aggirano sui 120 miliardi di euro. Una cifra considerevole che tuttavia non sembra essere destinata a seguire il suo naturale trend crescente, in quanto altri vincoli la opprimono e spingono al ribasso. Infatti il nostro Paese si trova in un momento storico caratterizzato da un pesante debito pubblico, che, senza considerare gli interventi di politica economica post-Covid19, è molto ingente e si aggira attorno al 135% del Pil. È chiaro quindi che l'Italia non possa permettersi voli pindarici e spese folli, poiché frenata dalla sua situazione debitoria. Un metodo che potrebbe rivelarsi efficace ai fini dello sblocco di fondi da impiegare in sanità è quello della riduzione della quota di evasione fiscale, che si aggira nel suo complesso per molti osservatori economici attorno a 100 miliardi di euro. È interessante notare che con molta probabilità anche solo cinque miliardi potrebbero fare la differenza per il SSN. Resta da vedere se le misure economiche previste per il contenimento degli effetti del Covid-19 porteranno ad un ripensamento della situazione attuale degli investimenti in sanità pubblica oppure no.

#### **4.3. Possibile estensione dei fondi sanitari integrativi per individui disoccupati e senza reddito**

Uno dei maggiori problemi dei FSI riguarda il fatto che l'accesso non sia equamente garantito, infatti abbiamo sottolineato come soprattutto le persone disoccupate, con redditi bassi e con lavori stagionali spesso non abbiano la possibilità di beneficiare dei servizi dei FSI. Il policy maker dovrebbe quindi preoccuparsi di quegli individui che non si curano in quanto troppo costoso e che non possono nemmeno giovare di alcun rimborso, se non quello per detrazioni che però in media è minimo se non nullo nelle fasce reddituali più bassi. Vista la situazione attuale in cui il secondo pilastro sembra ormai consolidato e stabile, il legislatore potrebbe pensare quantomeno di utilizzare tale strumento come mezzo d'inclusione, in modo da riuscire a garantire accesso anche agli indigenti. In altri termini si potrebbe adottare una politica che punti su effetto reddito e sostituzione e cioè che agisca sulla grandezza reddituale impiegabile dalle persone e renda anche meno costoso curarsi rispetto ad impiegare le risorse per altri beni.

Figura 4.1 Effetto reddito e sostituzione



Naturalmente nulla è semplice nel dedalo di norme del nostro ordinamento, tuttavia dal punto di vista economico un fondo sanitario d'inclusione che aiuti le persone in termini di rimborsi sulle spese che sostengono potrebbe avere un senso. Non dobbiamo dimenticarci infatti che spesso anche chi ha redditi molto bassi non è esente dal ticket (salvo redditi familiari inferiori a 8263,31€) e che ci sono tanti altri costi da sopportare per gli individui (come indicato nella figura 1.5) che riguardano anche la sanità pubblica. Pertanto sarebbe opportuno rivalutare l'allocazione di alcune risorse come quelle destinate ai benefici fiscali degli FSI per cercare di favorire una spesa sanitaria sana e un consumo opportuno da parte di individui che, data la situazione attuale, non hanno spesso accesso alle cure. Importante sarebbe infine cercare di incidere sulle preferenze degli individui e cioè che attraverso politiche di nudging e behavioural economics si cerchi di aumentare la domanda appropriata delle fasce di popolazione più svantaggiate.

#### **4.4. Focus dei FSI sulle prestazioni extra LEA per una copertura globale. Benefici più alti per chi favorisce prestazioni extra Lea**

Ad oggi i fondi sanitari integrativi sono troppo concentrati e focalizzati su prestazioni rientranti nei LEA, pertanto bisognerebbe cercare di aumentare la percentuale di servizi che esulino dai livelli essenziali di assistenza, il cui tetto minimo fissato dal legislatore è del 20% (per spese odontoiatriche e/o socio-

sanitarie). Un'idea interessante riguarda proprio l'aumento di tale soglia, cercando di passare dal valore attuale ad un 35%, limite ritenuto abbordabile in quanto già raggiunto da alcuni enti e casse. Tutto ciò sarebbe molto importante in termini di evasione fiscale, infatti abbiamo sottolineato come la spesa sanitaria privata sia caratterizzata da fenomeni elusivi importanti. Per incoraggiare tutto ciò bisognerebbe intervenire con benefici fiscali adeguati. Questi ultimi sarebbero del tutto giustificati in quanto utili a ridurre un'eccessiva sostituzione (o duplicazione) della sanità pubblica.

#### **4.5. Riduzione della spesa per detrazioni per finanziare il sostegno agli individui con redditi bassi**

Gli interventi citati nei paragrafi precedenti non sarebbero di certo a costo zero, tuttavia, come già prospettato in precedenza, le risorse potrebbero essere attinte riducendo le spese per detrazioni, oltre alla possibilità sempre interessante di raccogliere qualche fondo dalla lotta all'evasione fiscale. Anche in questo caso, pochi miliardi di euro potrebbero fare la differenza. Gli interventi dovrebbero mirare all'aumento della spesa in sanità pubblica o in alternativa a garantire l'accesso a fondi sanitari integrativi ad hoc per le categorie a basso reddito. In entrambi i casi l'obiettivo dovrebbe tassativamente essere quello di aumentare l'inclusione di tutti quegli individui che, vista la situazione attuale, spesso rinunciano alle cure. Peraltro il tutto sarebbe finanziato con risorse che attualmente, nella maggior parte dei casi, sono disponibili quasi esclusivamente per i ceti più abbienti.

#### **4.6. Super ticket, concorrenza e incentivazione della spesa privata**

La scelta di introdurre un superticket nel 2006 sembra essere stata una subdola e forse consapevole scelta per favorire la spesa privata (Dirindin 2019). Infatti oggi è considerabile normale rivolgersi a professionisti privati, in particolare per la specialistica ambulatoriale (oggetto del superticket). Come spiegato semplicemente nell'esempio del capitolo 1, spesso è conveniente non usufruire di servizi in strutture pubbliche per certi tipi di prestazioni. Questo per svariati motivi, ma sicuramente uno dei più importanti è il sistema attuale di copayment. Esso risulta eccessivamente elevato e quasi dannoso per l'accesso appropriato alle cure. In quest'ottica sarebbe importante pensare ad un'integrazione sanitaria, per le persone svantaggiate, che non punti eccessivamente al rinforzo della spesa privata, ma che preveda un sostegno anche a tutti coloro che non riescono ad avvalersi delle prestazioni della sanità

pubblica. Infatti alcuni individui devono sopportare costi economici e fisici non indifferenti in relazione al loro reddito, quali viaggi e spostamenti, oltre al pagamento dei ticket.

I fondi sanitari integrativi attuali sono insufficienti e sicuramente non inclusivi in modo esauriente. Infatti il rimborso medio del 66% e i mark-up piuttosto modesti di enti e casse nascondono una spesa OOP non indifferente. Perciò andrebbe pensata una percentuale di cash back differente e più elevata per le classi più svantaggiate.

#### **4.7. Possibili soluzioni per Moral Hazard e spesa OOP. Il tetto massimo alle prestazioni**

Un maggior rimborso garantito dallo Stato, grazie alla spesa pubblica, potrebbe essere una soluzione per quanto riguarda l'accesso alle cure per chi non ve ne ha la possibilità. Tuttavia non bisogna cadere negli eccessi generando una situazione di overconsumption. Infatti, basandosi sull'Evidence Based Medicine (EBM) bisognerebbe individuare i tetti massimi alle prestazioni. Questo significa che sarebbe necessario determinare delle soglie numeriche di servizi che rappresentino il consumo ottimale (es. una visita oculistica ogni due anni). Si parla insomma di imporre una sorta di limite "pigouviano" alle erogazioni sanitarie. Tutto ciò potrebbe essere realizzato tramite una norma che d'imperio imponga di non oltrepassare i livelli massimi, tranne che per i casi previsti, oppure attraverso la via economica basata su tasse e incentivi. Inoltre, a tal fine, sarebbe utile istituire un record delle prestazioni attraverso account sanitari dedicati ad ogni cittadino, magari legati alla tessera sanitaria che potrebbe anche essere utilizzata come strumento di pagamento per le prestazioni sanitarie. In questo modo ogni individuo potrebbe sapere di quanti servizi possa ancora usufruire in un dato arco di tempo. Così facendo e tracciando tutto elettronicamente con la tessera sanitaria, si potrebbero limitare i comportamenti opportunistici e diminuire il sommerso. Inoltre, questo sistema agevolerebbe notevolmente anche le informazioni a disposizione, nel rispetto della privacy, del proprio medico di base e degli altri professionisti ai quali i cittadini si rivolgono. Come al solito politiche di istruzione, nudging e informazione dovrebbero coadiuvare il tutto. Va peraltro detto che alcuni FSI prevedono già tetti massimi alle prestazioni, tuttavia sarebbe preferibile che il controllo e la gestione di tali soglie fossero in capo al legislatore e alle autorità in materia sanitaria.

Il livello adeguato di rimborso per le classi di reddito più svantaggiate potrebbe attestarsi anche sopra il 90%, tuttavia è importante legare tale percentuale a prezzi

convenzionati e stabiliti ex ante, in modo da evitare, ancora una volta, comportamenti opportunistici da parte di erogatori privati.

#### **4.8. Gli scenari futuri della sanità italiana.**

Gli scenari futuri della sanità italiana non sono facilmente decifrabili. Certamente le sfide da affrontare riguarderanno una spesa privata che cresce e una pubblica che rischia di continuare a stagnare, visti i vincoli economici citati nel paragrafo 2. Il legislatore dovrà essere in grado di capire questi trend e di applicare le soluzioni giuste. La nostra sanità si trova ad un bivio. È pertanto fondamentale compiere le scelte più appropriate che preservino i principi cardine di equità ed inclusione su cui si fonda il nostro servizio sanitario. In particolare è cruciale l'articolo 32, ma non dobbiamo dimenticarci dell'articolo 3 e dei principi economici come la capacità contributiva e la progressività. La sfida da affrontare è molto impegnativa, infatti i dati della Ragioneria Generale dello Stato ci dicono che la spesa OOP dei cittadini potrebbe aumentare di 400€ pro-capite entro il 2025 (RBM-Censis 2018). Perciò sarà fondamentale destinare fondi agli investimenti produttivi, in particolare quelli in istruzione e prevenzione. Ragionando nell'ottica del lungo periodo, queste sembrano gli strumenti più idonei con cui contrastare il fenomeno della spesa privata incontrollata. Infatti pare non essere sufficiente avere un secondo pilastro forte, il quale rischia di essere iniquo e regressivo. Tuttavia è importante considerare l'ipotesi di fondi sanitari integrativi regolati più attentamente e maggiormente equi ed inclusivi. Nonostante questo, la vera impresa sarà quella di avere un approccio più moderno alla sanità, valutando politiche legate all'economia comportamentale che cercano di instillare nei cittadini comportamenti più sani e responsabili socialmente e ecologicamente. Si pensi agli esempi che i Paesi del nord Europa ci forniscono: in queste nazioni i bambini vengono educati fin da giovani a seguire un'alimentazione sana.

Naturalmente la prevenzione non è la sola “medicina” ai problemi italiani. Come dicevamo, gli investimenti in sanità sono fondamentali. La creazione di poli che colleghino l'industria del settore alla ricerca e alle università sembra imprescindibile. Infatti è deleterio parlare solo di riallocazione di fondi tra i pilastri quando una delle opportunità più grandi è legata inesorabilmente all'innovazione che viene ingenerata all'interno delle università e degli uffici di R&D delle imprese che operano nel settore sanitario, peraltro numerose nel nostro Paese. Grandi imprese operanti nell'industria dell'healthcare come Bayer sono molto attente al mercato e alle start-



up innovative italiane. Perciò un occhio di riguardo andrebbe dedicato interamente ad investire tempo e denaro nel futuro non solo della sanità, ma dei nostri figli e nipoti.

## **Conclusioni**

In conclusione sembra doveroso riprendere quanto detto nei capitoli riguardanti questo scritto e ribadire che lo strumento dei fondi sanitari integrativi non sembra ad oggi essere la soluzione ai mali del nostro sistema sanitario. Certamente potrebbe essere utilizzato meglio ed essere esteso anche e soprattutto alle categorie più in difficoltà dal punto di vista economico-finanziario. In particolare potenziando ed aumentando la percentuale di prestazioni extra-LEA che ad oggi contano poco più del 20% del totale per quanto riguarda i fondi B, i quali rappresentano la quasi totalità dei FSI. Non va dimenticato che il nostro sistema sanitario è nato basandosi su principi semplici ma sacrosanti, derivanti da una disciplina costituzionale che mette al centro la persona come individuo portatore di doveri e diritti. Questi ultimi vanno tutelati e difesi poiché base della vita stessa, infatti esistono da prima delle costituzioni, come detto da Paolo Grossi, ex presidente della Corte Costituzionale. Essi sono le fondamenta della comunità di persone e di rapporti su cui la nostra società è stata edificata. Pertanto bisogna ricordarsi di donne e uomini prima di tutto. Federico Caffè una volta disse: “Al posto degli uomini abbiamo sostituito i numeri e alla compassione nei confronti delle sofferenze umane abbiamo sostituito l'assillo dei riequilibri contabili.” Da questa frase è bene trarre la lezione che le risorse, se impiegate ed investite bene, non possono far altro che migliorare la vita delle persone, la loro stessa essenza, nonché l'economia di un Paese. Concludendo possiamo dire quindi che anche i fondi sanitari integrativi potrebbero diventare uno strumento di cui servirsi, se usati in modo intelligente e tenendo bene a mente l'importanza della crescita e della dignità personali.

## Bibliografia

Barigozzi, & Rebba. (2019). Sostenibilità del Servizio sanitario nazionale e fondi sanitari integrativi. *Politiche Sanitarie*, 3.

Camera dei Deputati (2019), *Indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale*, XII Commissione Affari Sociali

Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità) 15° Rapporto Sanità "Il ritorno della Politica nazionale in Sanità (?)" Roma, 11 dicembre 2019.  
<https://www.creasanita.it/index.php/it/ultima-edizione>

Curiamo la corruzione percezione (2017). *Rischi e sprechi in sanità. Roma*.  
Tratto da Curiamo la sanità: <https://www.curiamolacorruzione.it/>

Dirindin, N. (2019). Fondi sanitari e nuovi livelli essenziali di assistenza: un intreccio potenzialmente pericoloso. *Politiche sanitarie*, 34,35,36.

Faschim. (2020). *Quanto costa*. Tratto da Faschim: <http://www.faschim.it/assistenza-sanitaria-chimici/costa-0000138.html>

Fondazione Gimbe. (2019). *La Sanità Integrativa*. Bologna.

Himmelstein David U., Miraya Jun, Reinhard Busse, Karine Chevreul, Alexander Geissler, Patrick Jeurissen, Sarah Thomson, Marie-Amelie Vinet, and Steffie Woolhandler (2014). A Comparison Of Hospital Administrative Costs In Eight Nations: US Costs Exceed All Others By Far. *Health Affairs*, 1591.

<http://www.fondoeist.it/>

INPS. (2017). *Obbligo contributivo*. Tratto da INPS:  
<https://www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?itemdir=45815>

ISTAT. (Giugno 2018 e giugno 2019). Sistema dei conti della sanità  
[http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCN\\_SHA](http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCN_SHA)  
<http://dati.istat.it/Index.aspx>

ISTAT. (2019, Agosto 7). *Reddito Netto delle famiglie italiane*. Tratto da ISTAT:  
[http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCV\\_REDNETFAMFONTERED](http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCV_REDNETFAMFONTERED)

Marenzi, Rizzi, & Zanette. (2019). Fondi Sanitari Integrativi e benefici fiscali. *Politiche Sanitarie*, 42,50,51.

Pammolli, F., & Salerno, N. (2010). *L'integrazione pubblico-privato in sanità e assistenza alla persona*. Roma.

Pammolli, F., & Salerno, N. (2009, Novembre). Dove va la spesa sanitaria (potenziale)? SL, Italia.

Piperno, A. (2017). *La previdenza sanitaria integrativa*. Roma.

Ragioneria Generale dello Stato. Ministero dell'Economia e delle Finanze.  
<http://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/home.html>  
<http://www.mef.gov.it/documenti-pubblicazioni/doc-finanza-pubblica/index.html>

Rebba V. (2014), “*The long-term sustainability of European health care systems*” Working paper DSEA, n. 191, Department di Economia e Scienze Aziendali, Università degli Studi di Padova, Dicembre 2014, 3,4.

RBM assicurazione salute. (2018). *VIII Rapporto RBM*. Roma.

RBM assicurazione salute. (2019). *IX Rapporto RBM*. Roma.

### **Riferimenti normativi**

Cost. 371 2003. Consulta online.

Costituzione Italiana. Articoli 3, 32, 53.

Dlgs. 30 dicembre 1992, n.502.

Dlgs. 7 dicembre 1993, n.517.

Dlgs. 19 giugno 1999, n.229.

Decreto 31 marzo 2008, GU n.141 del 18/06/2008.

Decreto 27 ottobre 2009, GU n.12 del 16/01/2010.

Dpcm 29 novembre 2001, Pubblicato nella Gazz. Uff. 8 febbraio 2002, n. 33, S.

D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 (art.51 Tuir).

L. 23 dicembre 1978, n. 833.

L.23 ottobre 1992, n. 421.

L. 8 novembre 2000, n. 328.

L. 24 dicembre 2007, n.244.